

**KARTA ZGŁOSZENIA PRAKTYKI**

*KIERUNEK LEKARSKI*

STACJONARNE JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE

Nazwisko i imię studenta: .....

Rok studiów: **czwarty**

Nr albumu: .....

Praktyka wakacyjna w zakresie **chirurgii** – 2 tygodnie (60 godzin – 30 godzin w tygodniu) –  
zakłady leczenia zamkniętego – Klinika lub Oddział Chirurgii

Pełna nazwa i adres placówki, w której student będzie odbywał praktykę:

.....  
.....

Opiekun praktyk– imię i nazwisko, telefon kontaktowy (lekarz)

.....  
.....

Termin odbycia praktyki (lipiec – wrzesień):

.....

Potwierdzenie przyjęcia studenta na bezpłatną praktykę wakacyjną :

Potwierdzam przyjęcie studenta na bezpłatną praktykę wakacyjną, jednocześnie oświadczam że placówka realizuje świadczenia objęte programem praktyk. Placówka jest również wyposażona w sprzęt i materiały niezbędne do prawidłowego kształtowania umiejętności praktycznych oraz ochrony przed zakażeniami i wypadkami personelu.

Pieczętka placówki

Podpis + pieczętka imienna pracownika

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (wypełnia Uczelnia)

.....